

ARTICLE ORIGINAL

CHIRURGIE PALLIATIVE DE PRESUMES CANCERS DE LA TETE DU PANCREAS : NOTRE EXPERIENCE AU CNHU-HKM DE COTONOU (BENIN)

PALLIATIVE SURGERY FOR SUSPECTED CANCERS OF THE HEAD OF PANCREAS: OUR EXPERIENCE AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF COTONOU (BENIN)

Y IMOROU SOUAIBOU¹, FHR GNANGNON¹, DM SETO¹, I LAWANI², GR ATTLOU³, NH NATTA N'TCHA³, DG GBESSI¹, FM DOSSOU², J-L OLORY-TOGBE¹, DK MEHINTO³

1-Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale A, CNHU-HKM, Cotonou, Bénin

2-Service de chirurgie, CHU Départemental de l'Ouémé et du Plateau, Porto-Novo, Bénin

3-Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale B, CNHU-HKM, Cotonou, Bénin

RÉSUMÉ

Objectif : Evaluer les résultats de la chirurgie palliative des cancers de la tête du pancréas.**Méthode :** Etude rétrospective à visée descriptive sur une période allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2016. Elle s'est déroulée dans les Cliniques Universitaires de Chirurgie Viscérale A et B du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert-Koutoukou-Maga de Cotonou et concernait tous les patients ayant bénéficié d'un traitement palliatif chirurgical pour présumé cancer inextirpable de la tête du pancréas.**Résultats :** Il a été colligé 31 cas de chirurgie palliative sur 45 observations de patients atteints de présumés de cancers de la tête du pancréas soit une fréquence de réalisation de 68,9%. Les patients étaient âgés en moyenne de $59,2 \pm 10,9$ ans avec une sex-ratio de 1,1. L'ictère était présent chez tous les patients et la tumeur était métastatique dans 45,2 %. Aucun cas n'avait de confirmation histologique. La chirurgie palliative avait consisté en une dérivation bilio-digestive. La technique la plus utilisée était l'anastomose cholédoco-duodénale. La dérivation bilio-digestive était associée à une gastro-jéjunostomie dans 90,3% des cas. Les suites opératoires étaient compliquées dans 32,3% des cas et une reprise chirurgicale a été effectuée dans 9,7% des cas. Deux décès étaient survenus en période postopératoire précoce. La survie à 6 mois était de 25,8%.**Conclusion :** Dans notre exercice, la chirurgie des tumeurs de la tête du pancréas était palliative dans la majorité des cas. La dérivation bilio-digestive améliore le confort de vie mais n'influence pas la survie à long terme.**Mots clés :** cancer, pancréas, dérivation bilio-digestive, survie, Bénin.

SUMMARY

Aim: To assess the results of palliative surgery for cancers of the pancreas head.**Methods:** It was about a retrospective study over a period from January 1st 2010 to December 31st 2016. It was performed in the Clinics of Visceral Surgery A and B of National University Hospital Center of Cotonou. Were concerned patients who have undergone a surgical palliative treatment for suspected cancer of the pancreas head.**Results:** 31 cases of palliative surgery were collected from 45 report of patients with suspected cancers of the pancreatic head, so a rate of 68.9%. Patients were aged at an average age of 59.2 ± 10.9 years with a sex ratio of 1.1. Jaundice was present in all patients and the tumor was metastatic in 45.2%. No case had histological confirmation. Palliative surgery consisted of a bilio-digestive derivation. The most commonly used technique was choledoco-duodenal anastomosis. Biliary digestive derivation was associated with gastroentero-anastomosis in 90.3% of cases. The follow-up was complicated in 32.3% of cases and surgical revision was performed in 9.7% of cases. Two deaths occurred in the early postoperative period. Survival at 6 months was 25.8%.**Conclusions:** In our practice, surgery for pancreatic head tumors was palliative in the majority of cases. The bilio-digestive derivation improves comfort of life but does not influence long-term survival.**Keywords:** cancer, pancreas, bilio-digestive bypass, survival, Benin.**Tirés à part:**

IMOROU SOUAIBOU Yacoubou

Assistant Chef de clinique en Chirurgie Générale Faculté des Sciences de la Santé/ UAC-Bénin
E-mail: imorouyacoubou@yahoo.fr Tél : (00229) 95630695

INTRODUCTION

Le cancer du pancréas est une néoplasie maligne développée aux dépens du tissu pancréatique [1]. Il tient le 5ème rang des cancers digestifs dans le monde [2]. Il est deux fois plus fréquent dans la tête que dans la partie corpo-réo-caudale [3]. Du fait de leur grande latence, ces tumeurs sont très souvent découvertes à des stades évolués où seul le traitement palliatif est envisageable [4]. Dans un contexte de ressources limitées, la chirurgie de dérivation constitue l'essentiel de cette thérapeutique palliative. Le but de ce travail était d'évaluer les résultats de notre expérience.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 7 ans allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2016. Elle s'était déroulée dans les Cliniques Universitaires de Chirurgie Viscérale «A» et «B» du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou. La population d'étude était constituée par les patients atteints de probable cancer inextirpable de la tête du pancréas et étaient inclus ceux ayant subi une dérivation bilio-digestive. Le diagnostic de cancer de la tête du pancréas était évoqué à partir d'arguments cliniques spécifiques : ictère rétionnel non régressif, altération de l'état général, grosse vésicule biliaire palpable. Il était retenu sur la base des résultats des examens morphologiques (dilatation du canal pancréatique principal et de la voie biliaire principale, présence d'une masse pancréatique céphalique) et des découvertes opératoires (dilatation de la voie biliaire principale et surtout masse tissulaire indurée de la tête du pancréas). Aucun cas n'avait de confirmation histologique. Les variables portaient sur les données épidémiologiques (fréquence, âge et sexe), les données cliniques et paracliniques (antécédents, signes cliniques et morphologiques), les données thérapeutiques et évolutives (type de dérivation bilio-digestive, morbidité et survie). L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Epi-info 3.5.3.

RESULTATS

Données épidémiologiques

Durant la période d'étude, il a été colligé 45 cas de cancer de la tête du pancréas. La dérivation bilio-digestive était pratiquée chez 31 patients soit 68,9%. Il s'agissait de 16 hommes et 15 femmes soit une sex-ratio de 1,1. L'âge moyen était de $59,2 \pm 10,9$ ans avec des extrêmes de 38 ans et 85 ans. La figure n°1 présente la répartition des patients par tranche d'âge.

Données diagnostiques

Des antécédents médicaux étaient retrouvés dans 38,7% des cas soit 12 patients : 3 cas de diabète sucré type II de découverte récente et 9 cas d'hypertension

artérielle. L'ictère et la grosse vésicule biliaire palpable étaient retrouvés chez tous les patients. La douleur abdominale était absente dans 90,3% (n=28). Le prurit était noté chez 67,7% des patients (n=21). L'échographie abdominale réalisée dans 90,3% des cas (n=28) et la tomodensitométrie abdominale dans 96,8% des cas (n=30) révélaient une dilatation du canal pancréatique principal et de la voie biliaire principale et la présence d'une masse pancréatique céphalique. Cette masse était étendue au corps de la glande dans 9,7% des cas (n=3). Chez 14 patients (45,2%), la tumeur avait métastasé avec 7 cas de métastases hépatiques, 5 cas de métastases pulmonaires, 2 cas de double localisation hépatique et pulmonaire.

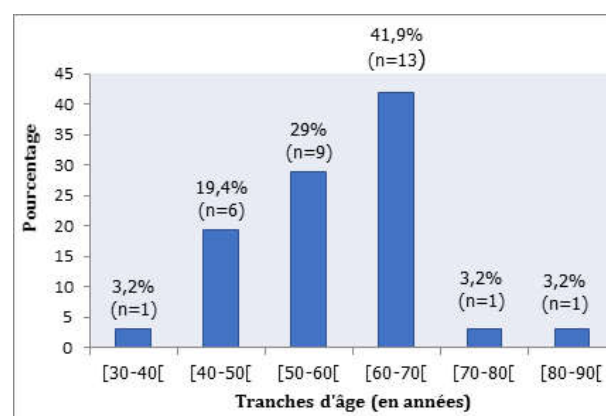


Figure n°1. Répartition par tranche d'âge des patients ayant bénéficié d'une dérivation bilio-digestive. Données thérapeutiques

La dérivation bilio-digestive avait consisté majoritairement en une anastomose cholédoco-duodénale (n=26 soit 83,8%). Le tableau n° I montre la répartition des patients selon le type de dérivation bilio-digestive. La dérivation était associée à une gastro-jéjunostomie dans 90,3% des cas (n=28). La gastro-jéjunostomie était trans mésocolique dans 82,1% des cas (n=23) et pré-colique dans 17,9% (n=5). La cholécystectomie était associée dans 22,6% des cas (n=7). Le drainage abdominal était réalisé dans tous les cas.

Tableau n°I : Répartition des patients selon le type de dérivation bilio-digestive

	n	%
Dérivation bilio-digestive + GJ*		
cholédoco-duodénale	25	80,6
cholédoco-jéjunale	2	6,5
cholécysto-jéjunale	1	3,2
Dérivation bilio-digestive simple		
cholédoco-duodénale	1	3,2
cholédoco-jéjunale	1	3,2
cholécysto-jéjunale	1	3,2
Total	31	100

*GJ= Gastro-jéjunostomie

Données évolutives

Les suites opératoires étaient marquées par des complications dans 32,3% des cas (n=10). Les complications hémorragiques, en tête de liste, étaient observées chez 6 patients (19,4%) dont 2 ont été repris. Il s'agissait de 3 cas d'hémorragie pariétale, 2 cas d'hémorragie du lit vésiculaire extériorisée par le drain et 1 cas d'hématémèse. Un pansement compressif avait permis l'hémostase de la paroi dans tous les cas. L'hémostase du lit vésiculaire était obtenue après électrocoagulation et mise en place de compresse hémostatique dans les 2 cas alors que l'hématémèse avait tari sous inhibiteur de la pompe à proton. L'administration parentérale de vitamine K1 était systématique dans tous les cas. Les autres complications étaient : la fistule biliaire 12,9% (n=4), le sepsis sévère 9,7% (n=3), la suppuration pariétale 6,5% (n=2) et la sténose de la gastro-jéjunostomie 3,2% (n=1). La fistule biliaire avait tari chez 3 patients sur 4 sous nutrition parentérale et soins locaux. Un seul cas de sepsis sévère sur 3 avait évolué favorablement sous antibiotiques. La sténose de la gastro-jéjunostomie, tolérable, n'avait pas nécessité une reprise chirurgicale. Deux décès étaient survenus en période postopératoire précoce soit une mortalité postopératoire de 6,5%. Dans les 2 cas, il s'agissait d'un sepsis sévère dont l'un était secondaire à une fistule biliaire. Après 4 semaines postopératoires, l'ictère et le prurit avaient disparu chez tous les patients. La survie à 6 mois était de 25,8% (n=8).

DISCUSSION

Données épidémiologiques

L'âge moyen de nos patients qui était de 59,2 ans pour une sex-ratio (SR) de 1,1 est similaire à ceux

mentionnés par Sacko et al [4], ainsi que Tchangai et al [5] qui retrouvent respectivement 59 ans (SR=1,6) et 52 ans (SR=1,8). Cet âge constitue un facteur de risque non modifiable en rapport avec l'histoire naturelle de la maladie de même que le sexe masculin et l'éthnie afro-américaine. Le cancer du pancréas est rare avant 50ans. Les autres facteurs de risque non modifiables sont l'anamnèse familiale de cancer du pancréas et de pancréatite chronique absente dans notre série, les groupes sanguins «non O». Parmi les facteurs de risque modifiables, le tabac est le plus important. En effet, environ 20% des tumeurs du pancréas sont causées par le tabagisme et les cancers des fumeurs contiennent plus de mutations génétiques que celles des non-fumeurs [6]. Aucun de nos patients n'était tabagique. Par ailleurs le diabète, l'obésité, une alimentation riche en graisses, en viandes et pauvre en légumes et folates constituent des facteurs de risque modifiables [7]. Le diabète de longue durée augmente le risque de cancer du pancréas [8] mais il était une manifestation précoce chez nos 2 patients

Données diagnostiques

Les signes cliniques dominants sont représentés par l'ictère (100% dans notre série) et le prurit (67,7%) qui altèrent considérablement la qualité de vie des malades. Tchangai et al [5] rapportent eux aussi 100% d'ictère et 62,1% de prurit. Le principal but de l'imagerie est d'obtenir un bilan d'extension le plus complet possible afin d'orienter la thérapeutique. A cet effet la tomодensitométrie constitue l'examen de référence et avait, par ailleurs, permis d'objectiver des métastases chez 45,2% de nos patients. Comme l'affirment Zins et al [9], 85% des tumeurs sont hors des limites de la glande pancréatique au moment du diagnostic.

Données thérapeutiques

Le cancer de la tête du pancréas est souvent de découverte tardive, les patients étant vus à un stade avancé. Cela impose le recours à des thérapeutiques palliatives qui doivent résoudre les problèmes de la stase biliaire et digestive chez des patients dont l'espérance de vie ne dépasse pas 1 an en moyenne [5]. Ce problème peut être résolu par des méthodes endoscopiques ou de radiologie interventionnelle, peu invasives avec une efficacité immédiate comparable à la chirurgie [10,11]. Ne disposant pas de tels moyens thérapeutiques, nous avons recours à la chirurgie qui selon Sacko et al [4], n'a pas perdu tout intérêt. En effet le taux de réalisation des dérivations bilio-digestives dans notre série était de 68,9% contre 73% rapporté par Berrada et al [12]. On relève 100% de dérivation dans la série de Lesurtel M et al [13]. Dans la série de Belghiti et al [14], la dérivation bilio-digestive représentait 60 à 98% des attitudes thérapeutiques. Devant un cancer de la tête du pancréas étendu, ictérigène et prurigineux, l'opportunité du drainage ou d'une dérivation bilio-digestive ne se discute pas.

C'est plutôt dans la technique de dérivation qu'on note des divergences comme on le remarque dans le tableau n° II.

Tableau n°II : Techniques de dérivation bilio-digestive selon différents auteurs

	Notre série	Lesurtel M et al. 2004 [13]	Sacko O et al. Mali 2012 [4]	Tchangai B. et al Togo 2017 [5]
Cholédoco-duodénale	83,8%	83%	27%	8,1%
Cholédoco-jéjunale	9,7%	-	40%	-
Cholécysto- duodénale	-	-	-	2,2%
Cholécysto-jéjunale	6,4%	-	33%	10,8%
Hépatico-jéjunale sur anse en Y	-	17%	-	81,1%

L'anastomose cholédoco-duodénale était largement utilisée dans notre série (83,8%) du fait de la facilité technique, de la rapidité d'exécution et ceci chez des patients en mauvais état général le plus souvent. Le choix du canal hépatique au détriment de conduit cholédoque est fait par Tchangai et al [5] qui évoquent le risque d'envahissement du confluent cystico-cholédocien. Dans le même ordre d'idée, d'autres équipes [12, 15] préfèrent le jéjunum au duodénum parce qu'une sténose duodénale surviendrait chez 13 à 30% des sujets porteurs d'un cancer de la tête du pancréas ayant bénéficié d'une dérivation bilio-digestive.

La dérivation était associée à une gastro-jéjunostomie dans 90,3% contre 100% rapporté par Sacko et al [4]. Cette gastro-entéro-anastomose devrait être réalisée chez tous les patients même en l'absence de signes de sténose duodénale [16] et est d'autant plus justifiée que la mortalité et la morbidité de cette double dérivation sont largement liées à la dérivation bilio-digestive plutôt qu'à l'anastomose gastro-jéjunale [12]. La gastro-jéjunostomie n'était pas réalisée chez 3 de nos patients (9,7%) parce que certains chirurgiens de notre équipe à l'instar de Tchangai et al [5], tenant compte du risque tardif de la sténose duodénale (8 mois), de la

survie espérée du patient et des constats opératoires, estimaient qu'il s'agit d'un geste de trop. Nous partageons le même point de vu que cet auteur. Quant à la cholécystectomie qui devrait être systématique lorsque la vésicule n'a pas été utilisée pour la dérivation, il n'y a pas de consensus au sein de notre équipe. En effet, les partisans de l'abstention de la cholécystectomie évoquent comme arguments l'allongement de la durée opératoire chez un malade souvent en mauvais état général et surtout le risque hémorragique du lit vésiculaire lié aux troubles de l'hémostase.

Données évolutives

La morbidité était de 32,3% dominée par les complications hémorragiques (19,4%). L'hémostase chirurgicale doit être parfaite compte tenu des troubles constants de l'hémostase biologique [5]. Le tableau n°III présente les complications notées dans différentes séries. La survie à 6 mois était de 25,8%. En effet Le pronostic des cancers de la tête du pancréas est sombre, la survie à 5 ans n'excède pas 5% [17]. Dans notre série, cette survie à 6 mois nous permet de retenir le diagnostic de cancer de la tête du pancréas sans histologie en tenant compte de l'histoire naturelle de la maladie.

Tableau n°III : Morbidité et taux de survie dans différentes séries

	Morbidité	Natures des complications	Survie
Notre série	32,3%	Hémorragie digestive (19,4%), fistule biliaire (12,9%), sepsis sévère (9,7%) suppuration pariétale (6,5%) sténose gastro-jéjunostomie (3,2%)	25,8% (6 mois)
Sacko et al Mali 2012	13,3%	Fistule bilio-digestive (6,7%) éviscération (6,7%)	4,4% (1 an)
Tchangai B et al Togo 2017	24,3	Suppuration pariétale (18,9%) hémorragie digestive (8,1%), fistule biliaire (5,4%)	8 mois

CONCLUSION

Le cancer de la tête du pancréas est l'un des cancers les plus graves où la chirurgie constitue le seul traitement potentiellement curateur. Cependant, particulièrement dans notre contexte, cette chirurgie reste dans la

majorité des cas palliative parce le diagnostic est souvent tardif. La dérivation bilio-digestive améliore le confort du malade mais n'influence pas la survie à long terme.

REFERENCES

- 1- Braud F, Cascinu S, Gatta G. Cancer of pancreas. Crit Rev Oncol Hematol 2004;50(2):147-55.
- 2- Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence Across Five Continents: Defining Priorities to Reduce Cancer Disparities in Different Geographic Regions of the World. J Clin Oncol. 2006;24(14):2137-50.
- 3- Hammel P. Cancer du pancréas : quoi de neuf en 2005 ? Bulletin du cancer. Janvier 2006;93(1):67-72.
- 4- Sacko O, Sanogo ZZ, Camara A, Koumaré S, Koïta A, Keïta S, Soumaré L, Camara M, Goïta D, Sangaré D. Dérivations bilio-digestives dans la chirurgie palliative du cancer de la tête du pancréas : à propos de 45 cas. Rev.Afr.Chir.Spéc. 2012;003:35-40.
- 5- Tchangai B, Tchaou M, Darre T, Alassani F, Dosseh ED, Attipou K. Indications et résultats de la chirurgie palliative des cancers de la tête du pancréas au CHU Sylvanus Olympio. RECAC. 2017;2(13):41-4.
- 6- Blackford A, Parmigiani G, Kensler TW, Wolfgang C, Jones S, Zhang X et al. Mutations génétiques associées au tabagisme dans le cancer du pancréas. Cancer Res. 2009; 69:3681-8.
- 7- Bochaty L, Girardin M, Bichard P, Frossard J.-L. Cancer pancréatique en 2014: épidémiologie et dépistage. Rev Med Suisse. 2014;10:1582-5.
- 8- Raimondi S, Maisonneuve P, Lowenfels AB. Epidemiology of pancreatic cancer : an overview. Nat Rev Gastroentérol Hepatol. 2009;6:699-708.
- 9- Zins M, Petit E, Boulay-Coletta I, Balaton A, Marty O, Berrod JL. Imagerie de l'adénoarcinome du pancréas. J Radiol 2005;86:759-80.
- 10- Birk D, Beger HG. Neoadjuvant, adjuvant, and palliative treatment of pancreatic cancer. Curr Gastroenterol Rep. 2001;3(2):129-35.
- 11- Maire F, Sauvanet A. Palliation of biliary and duodenal obstruction in patients with unresectable pancreatic cancer: endoscopy or surgery? J Visc Surg. 2013;150(3):27-31.
- 12- Berrada S, D'Khissy M, Ridai M, Zerouali NO. Place de la dérivation bilio-digestive dans le traitement du cancer de la tête du pancréas. Médecine du Maghreb. 1993;(37):21-23.
- 13- Lesurtel M, Paye F, Parc R. Résultats du traitement palliatif chirurgical des cancers de la tête du pancréas par double dérivation bilio-digestive et gastro-jéjunale. Gastroenterol Clin Biol. 2004;28:240-8.
- 14- Belghiti J, Levy P. Tumeurs du pancréas (exocrine et endocrine) aspects thérapeutiques. Editions Techniques Thérapeutiques EMC. 25614 A10, 6, Paris ; 9 page.
- 15- Keith D Lillemoe, Charles J Yeo, John L Cameron. Pancreatic cancers: state- of- the- art Care. CA Cancer J Clin. 2000; 50:241-68.
- 16- Pallazo L, Amonyal P, Gayet B et al. Echo-endoscopie dans le diagnostic et le bilan d'extension locorégionale des adénocarcinomes du pancréas : résultats d'une étude rétrospective. Gastro-entérol Clin Biol. 1990;14(2):3.
- 17- Ferlay, J. Le cancer du pancréas dans le monde. E-Mem Acad Natl Med. 2014; 13(4):12-6.